

.....

miejsowość i data

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany oświadczam, że zawodnicy
(imię i nazwisko)

drużyny biorący udział w turnieju w kat. Żak / Orlik * rozgrywanym
(nazwa drużyny)

w w dniu posiadają ważne badania lekarskie, na
(miejsowość) (data)

podstawie których mogą brać udział w powyższym turnieju.

.....

podpis trenera drużyny

*niepotrzebne skreślić